



Osceola

# Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program, FBCC)

## PAQUETE DE SOLICITUD

Paciente y sitio web únicamente

### Si tiene alguna pregunta, llame al:

|                                |                                |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Coordinador regional:          | Leonor Marrero                 |
| Condados atendidos por región: | Osceola County                 |
| Teléfono: 407-343-2068         | Fax confidencial: 407-343-2158 |

Use la lista de verificación de abajo para asegurarse de que toda la documentación esté completada y se envíe con esta portada a:

Osceola

Oficina regional del FBCC por fax confidencial o enviar por correo a:

Florida Department of Health Osceola County  
Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program

1875 Fortune Road

kissimmee, FL 34743

### LISTA DE VERIFICACIÓN PARA PACIENTES

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Acuerdo anual de la solicitante   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formulario de elegibilidad económica  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Formulario de inscripción para pacientes  |
| <input type="checkbox"/>            | Inicio de servicios ( <i>solo para los Departamentos de Salud del Condado</i> ) <a href="#">Si aplica</a> . |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Autorización para revelar información confidencial  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Orden de mamografía de su proveedor   |

Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)  
**Formulario de inscripción para pacientes**

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO DE SOLTERA: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**1. INFORMACIÓN DE LA SOLICITANTE (Complete todas las secciones de esta solicitud).**

**INFORMACIÓN DE CONTACTO**

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

**MAJOR HORA PARA LLAMARLA:**

a. m.  p. m.  A cualquier hora  
 ¿Podemos dejar un mensaje?

**DÍA/HORA PREFERIDOS PARA LA CITA**

**¿CÓMO SUPÓ DE ESTE PROGRAMA?**  
(Marque todas las que correspondan).

Sociedad Americana contra el Cáncer  Tarjeta \_\_\_\_\_  
 Folleto  Televisión \_\_\_\_\_  
 Departamento de Salud del Condado  Radio \_\_\_\_\_  
 Evento/Feria de salud de la comunidad  Redes sociales \_\_\_\_\_  
 Familia/Amigos  Sesión educativa \_\_\_\_\_  
 Internet/Sitio web  Publicidades/Paradas/Cartel es de autobús \_\_\_\_\_  
 Consultorio médico privado  Vallas publicitarias \_\_\_\_\_  
 Periódico \_\_\_\_\_  
 Centro de salud calificado por el gobierno federal \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

**ESTADO DE EXAMEN DE DETECCIÓN (Marque solo una respuesta).**

Inicial (primera vez en el programa)  Examen de detección nuevo (previamente en el programa)  
 Examen de seguimiento de corto plazo o de repetición (menos de 300 días desde el último examen de detección)  
¿Tiene usted seguro médico?  Si  No  
Si respondió "Sí", ¿cuál es su seguro? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

**ESTADO DE RESIDENCIA Y CIUDADANÍA (Marque todas las que correspondan).**

Residente de Florida  Ciudadana de EE. UU.  Ciudadana en estado legal  Otro

**IDENTIFICACIÓN DE ETNICIDAD Y RAZA (Marque todas las que correspondan).**

Hispana/Latina  No hispana/No latina

**IDENTIDAD RACIAL**

India americana o nativa de Alaska  
 Asiática  
 Negra o afroamericana  
 Natividad de Hawái o de otra isla del Pacífico  
 Blanca de una isla

**IDIOMAS QUE HABLA**

Idioma principal que habla: \_\_\_\_\_  
Otros idiomas hablados: \_\_\_\_\_  
Idioma que prefiere para recibir correo:  Inglés  Español  H. Creole

**BARRERAS**

¿Hay alguna barrera que le impida asistir a sus citas?  
 Transporte  Idioma  Discapacidades  
 Otro (lista) \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Client Assigned ID# or Pseudo SS#: \_\_\_\_\_



Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama y Cuello del Útero de Florida (Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program)  
Formulario de inscripción para pacientes

APELLIDO:

NOMBRE:

APELLIDO DE  
SOLTERA:

FECHA DE  
NACIMIENTO:

## 2. HISTORIA MÉDICA

### ESTADO GENERAL DE SALUD (Marque todas las que correspondan).

- Diabetes       Prediabetes  
 Presión alta       Colesterol alto

ESTATURA (pulgadas):  PESO (libras):

### INFORMACIÓN DE EXAMEN DE MAMAS (Marque todas las que correspondan)

- ¿Tiene implantes de mamas?  
 ¿Tiene problemas de mama actualmente? Explique:

- ¿Alguna vez le diagnosticaron cáncer de mama?

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última mamografía antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- Nunca       No estoy segura  
(más de 2 años)

¿Dónde se hizo su última mamografía? (Proveedor, ciudad, estado)

### HISTORIA FAMILIAR

¿Ha recibido alguien de su familia, como su madre, hermana, hermano o padre, un diagnóstico de cáncer de mama? Si la respuesta es afirmativa, ¿qué familiar?

### CONSUMO DE TABACO

(incluye vapeo, cigarrillos electrónicos y productos similares) (Marque todas las que correspondan).

- Diario       ¿Le dieron una remisión a Quitline?  
 Algunos días       Remisión rechazada  
 Nunca/En absoluto       Estoy interesada en dejar de fumar.  
 Se niega a contestar

### INFORMACIÓN DE EXAMEN DE CUELLO DEL ÚTERO (Marque todas las que correspondan)

- ¿Tiene problemas de cuello del útero actualmente? Explique:

- ¿Alguna vez le dijo un médico que usted tenía cáncer de cuello del útero invasivo?

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tratamiento recibió?

¿Cuándo terminó su tratamiento? (Mes/Año)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou antes de inscribirse en este programa? (Mes/Año)

- Nunca       No estoy segura  
(más de 10 años)

¿Cuándo se hizo la última prueba de Papanicolaou? (Proveedor, ciudad, estado)

¿Alguna vez se hizo una histerectomía? Especifique si fue parcial o total.

- Histerectomía parcial (Todavía tengo cuello del útero)       Histerectomía total (no tengo cuello del útero)

¿Cuál fue el motivo de la histerectomía?

FOR OFFICE USE ONLY

Client Assigned ID# or Pseudo SS#:



## Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama y Cervical de Florida

### Acuerdo anual del solicitante

El Acuerdo Anual del Solicitante (AAA) se usa para obtener autorización e información de mujeres elegibles inscritas en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Seno y Cervical (FBCC). El FBCC recopilará la información médica protegida de los participantes (PHI) y la información de identificación personal (PII) necesarias para prestarle servicios al paciente.

**Lea cada declaración de abajo y acepte firmando al final del documento.**

Como solicitante del FBCC, declaro que:

1. Soy residente de Florida, quiero ser cliente del FBCC y puedo retirarme en cualquier momento.
2. El ingreso anual neto de mi familia es o está por debajo del 200 % de los Niveles federales de pobreza (FPL), y no tengo un seguro médico que cubra pruebas de detección de cáncer de seno y cervical.
3. Ya no seré elegible para el FBCC si mis ingresos cambian y superan el 200% del Nivel federal de pobreza.
4. Me comunicaré con el FBCC en cuanto tenga un seguro médico, y les daré el nombre de la compañía de seguros, el número de póliza y la fecha de vigencia. Si mi seguro médico cubre exámenes de detección de cáncer de seno y cervical, el FBCC ya no pagará mis pruebas.
5. Revelaré cualquier prueba de detección de cáncer de seno o cervical que pueda afectar mi elegibilidad en la inscripción en el FBCC.
6. Es posible que tenga que pagar una parte de los gastos de algunos servicios.
7. Un proveedor autorizado me hará las pruebas de detección de cáncer de mamas o cervical (examen de seno, mamografía o prueba de Papanicolaou).
8. **Acepto completar cualquier prueba de seguimiento en un plazo de 60 días. Si no cumple estas directrices, podría ser responsable de una parte o del total de los gastos de todos los servicios.**
9. Permitiré el intercambio y la revelación de mi información médica entre mis proveedores de atención médica, el FBCC, el Registro de datos de cáncer del Departamento de Salud de Florida, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y otros relacionados con mi atención médica. Esta información podría incluir mi historial médico y los resultados de exámenes y procedimientos, aunque no los haya pagado el FBCC.
10. Acepto recibir llamadas al teléfono de mi casa o a mi celular y comunicaciones a mi correo electrónico o dirección postal de parte del FBCC y del Programa de Medicaid del Departamento de niños y familias (Department of Children and Families, DCF) sobre mi atención médica.
11. Entiendo que el FBCC es un programa de pruebas de detección de cáncer de mama y cervical, no un programa de tratamiento de cáncer.
12. Si me diagnostican cáncer de mama o cervical mediante una prueba de detección del FBCC, me remitirán al Programa de Medicaid del DCF, que decidirá si soy elegible para recibir los beneficios de Medicaid que cubren los gastos del tratamiento. Puedo volver a aplicar al FBCC para hacer pruebas de detección una vez que haya completado el tratamiento.
13. Este acuerdo es por un año, a menos que cambie mi elegibilidad para el programa. Si cambia mi estado de elegibilidad, o se vence este acuerdo, es posible que yo sea responsable de los servicios prestados durante el periodo de inelegibilidad en el FBCC.
14. **Según lo autoriza la ley federal, sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos, la recopilación de los números de seguro social por el Departamento de Salud de Florida para el FBCC podrá ser necesaria para enviar una solicitud y recibir los beneficios de Medicaid.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su Coordinador regional en la oficina regional local del FBCC en:

Regional local de FBCC:

Osceola County

Teléfono: 407-343-2068

Firma del cliente

Fecha

Nombre en letra de molde

Fecha de nacimiento

Dirección de correo electrónico del cliente:



## Florida Breast and Cervical Cancer Early Detection Program (FBCC)

### FINANCIAL ELIGIBILITY

Client Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_

1. Do you have Medicaid?  YES  NO OR Do you have Medicare?  YES  NO
2. Do you have any form of health insurance?  YES  NO Name of insurance \_\_\_\_\_
3. **Number of people in your Household.** \_\_\_\_\_ (include yourself, spouse or civil union partner, and dependent children)
4. **Net Household Income (After Taxes):** \$ \_\_\_\_\_ Month OR \$ \_\_\_\_\_ Year

| Family Size | 2024 DOH Scale Monthly Income | 2024 DOH Scale Yearly Income |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|
| 1           | \$2,509.91                    | \$30,119.00                  |
| 2           | \$3,406.58                    | \$40,879.00                  |
| 3           | \$4,303.25                    | \$51,639.00                  |
| 4           | \$5,199.91                    | \$62,399.00                  |
| 5           | \$6,096.58                    | \$73,159.00                  |
| 6           | \$6,993.25                    | \$83,919.00                  |
| 7           | \$7,889.91                    | \$94,679.00                  |
| 8           | \$8,786.58                    | \$105,439.00                 |
| 9           | \$9,683.25                    | \$116,199.00                 |
| 10          | \$10,579.91                   | \$126,959.00                 |

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge and belief. I give my consent to the Department of Health to make inquiry and verify the information. I understand that I may be prosecuted under state law, if I have deliberately supplied the wrong information.

**NOTE:**

*If I obtain health insurance coverage, while under the FBCC, it is my responsibility to notify the REGIONAL FBCC office as soon as possible.*

**Signature** \_\_\_\_\_

**Date** \_\_\_\_\_

If you have any questions, please call the regional coordinator at 407-343-2068 between 8:00 a.m. and 5:00 p.m., Monday through Friday. We will make every effort to return your call in a timely manner.

I further understand that all my screening and diagnostic procedures must be completed within 60 days or payment for these services CANNOT be guaranteed.



## INICIO DE LOS SERVICIOS

### **PARTE I** CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección de la Agencia: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

### **PARTE II** CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

### **PARTE III** CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

### **PARTE IV** CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

### **PARTE V** OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

### **PARTE VI** SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante

\_\_\_\_\_  
Relación propia o del representante con el cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo (opcional)

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **PARTE VII** REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, \_\_\_\_\_ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del \_\_\_\_\_  
Firma del cliente o su representante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**LA INFORMACIÓN LA PUEDE REVELAR:**

Persona/Centro: Programa de Detección Temprana de Cáncer de Seno y Cervico en el Condado de Osceola Teléfono: 407-343-2068  
Dirección: 1875 Fortune Road Kissimmee, FL 34744 Fax #: 407-343-2158

**LA INFORMACIÓN PUEDE REVELARSE A:**

Persona/Centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MÉTODO DE REVELACIÓN:**

Se recoge en la clínica/centro

Dirección: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: (Tenga en cuenta que el correo electrónico no es un método seguro de comunicación)

**INFORMACIÓN QUE SE REVELARÁ: (Selección inicial)**

Registros médicos generales  Registros de enfermedades de transmisión sexual (STD)  Registros de tuberculosis (TB)  Historial y resultados físicos  
 Vacunas  Planificación familiar  Registros prenatales  Consultas  
 Notas de progreso  
 Informes de pruebas de diagnóstico (especificar el tipo de pruebas) \_\_\_\_\_  
 Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

**Autorizo específicamente la revelación de la información relacionada con: (Selección inicial)**

Resultados de pruebas de VIH  Expedientes del cliente del proveedor de servicios por abuso de sustancias  
 Notas psiquiátricas, psicológicas o  Intervención temprana  Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)

**PROPÓSITO DE LA REVELACIÓN:**

Continuidad de la atención  Uso personal  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Esta autorización vencerá (anotar la fecha o evento) \_\_\_\_\_. Entiendo que, si no especifico una fecha de vencimiento o evento, esta autorización vencerá doce (12) meses después de la fecha en que se firmó.

**NUEVA REVELACIÓN:** Entiendo que después de que se revele la información indicada arriba, quien reciba la información puede volver a revelarla, y es posible que esa información ya no esté protegida por las leyes y normativas federales de privacidad.

**CONDICIONES:** Entiendo que completar este formulario de autorización es voluntario. Comprendo que no se me negará el tratamiento si no firmo este formulario.

**REVOCACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, comprendo que debo hacerlo por escrito y que debo presentar mi revocación al departamento de registros médicos. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se reveló en respuesta a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del cliente o su representante legal

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación del representante legal con el cliente

Si usted es el representante legal de la persona cuya información está pidiendo, debe presentar los documentos que prueben su autoridad legal para hacerlo (por ejemplo: poder, formulario de designación de sustituto para decisiones de atención médica, orden, nombramiento de tutela, orden de nombramiento de representante personal, cartas de administración).

**Nombre del cliente:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

Original: para archivo Copia: para cliente Copia: Para adjuntar a la Revelación